

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

COMUNICACIÓN PARA OFICINAS DE FARMACIA QUE NO PRETENDAN ELABORAR FÓRMULAS MAGISTRALES NI PREPARADOS OFICINALES

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

1 DATOS DE LA PERSONA TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA (*)					
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO DE OFICINA DE FARMACIA:					
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			
NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:	
MUNICIPIO:			PROVINCIA:		C. POSTAL:
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:			

2 DATOS DE PERSONAS SOLICITANTES (Sólo para casos de oficina de farmacia con cotitulares)					
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:

* En caso de cotitularidad rellenar los datos de la oficina de farmacia en el recuadro 1 y los datos de todas las personas cotitulares en el recuadro 2

3 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE						
La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.						
<input type="checkbox"/>	APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:	
	APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:	
	APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:	
	APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:	
	APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:	
<input type="checkbox"/>	NO CONSIENTE y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.					
	APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:	
	APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:	
APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:		



002470/A05D

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

3	CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (Continuación)		
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:

4	COMUNICACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA
<p>La/s persona/s abajo firmante/s COMUNICA/COMUNICAN su intención de no elaborar las fórmulas magistrales y preparados oficinales que dispensen en su oficina de farmacia, y se comprometen a contar con contrato de elaboración con un tercero para poder dispensar las prescripciones de fórmulas magistrales y preparados oficinales que le sean presentadas debidamente, conociendo la obligación de solicitar autorización para las instalaciones correspondientes si en un futuro pretenden elaborar.</p> <p>En a de de</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA TITULAR O REPRESENTANTE</p> <p>Fdo.:</p>	

4.1	FIRMA DE LAS PERSONAS COTITULARES EN SU CASO		
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:

ILMO/A. SR./A DELEGADO/A TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES EN

<p>PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en el fichero parcialmente automatizado SICESSE perteneciente a la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución del procedimiento y la inscripción en el mencionado Registro. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Delegación Territorial o Provincial correspondiente.</p>
--

002470/A05D

00099297